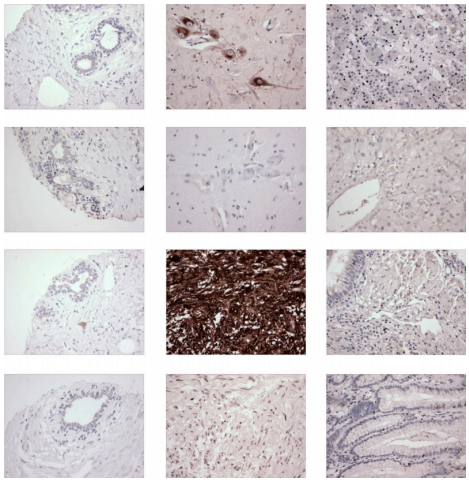
DCIS – Duktales Carcinoma in Situ: Breast Cancer Action Information für Frauen

bcaction.de/dcis-ductales-carcinoma-in-situ

3. Juni 2013

(Last Updated On: 11. August 2013)
Bereits im Februar 2013 hat Breast Cancer Action eine Überarbeitung des DCIS-Informationsblattes veröffentlicht. Da dieses nur in englischer Sprache verfügbar ist, berichten wir über die Inhalte, die Frauen helfen sollen, die für sie richtige Entscheidung zu treffen.

Definition



DCIS (Duktales Carcinoma in Situ) ist keine Krebserkrankung, sondern eine unnormale Veränderung von Zellen in den Milchgängen. Diese Zellen wandern jedoch nicht in das umgebende Gewebe, d.h. es handelt sich um eine nicht-invasive Veränderung. DCIS wird oft als eine Vorstufe von Brustkrebs bezeichnet, jedoch entwickelt sich hieraus bei den meisten Frauen kein invasiver Brusttumor. Nur bei ca. 20 – 30 % der Frauen, deren DCIS nicht behandelt wurde, entwickelte sich hieraus eine Brustkrebserkrankung. Derzeit kann nicht vorhergesagt werden, bei welchen Frauen sich aus einem DCIS Brustkrebs entwickelt und bei welchen nicht. Es besteht derzeit jedoch allgemein Konsens, dass DCIS ein Zwischenschritt zwischen normalem Brustgewebe und invasivem Brustkrebs darstellt.

Es gibt drei DCIS-Grade (sog. „Grading“), der anhand des Differenzierungsgrades der Zellen mit einer Gewebeentnahme festgestellt werden kann. Unterschieden werden Grad I (niedrig), Grad II (mäßig / moderat) und Grad III (hoch). Je niedriger der Grad, desto mehr ähneln die DCIS-Zellen normalen Brustzellen und je langsamer vermehren sie sich.

Diagnose

Während es vor 1980 nur selten diagnostiziert wurde, stellt DCIS aufgrund steigenden Einsatzes der Screening-Mammographie mittlerweile 25 % aller Brustkrebs-Diagnosen dar.

Meist wird DCIS während einer Routine-Mammographie (z.B. im Screening) als kleiner Bereich unnormaler Veränderungen (z.B. Mikroverkalkungen) diagnostiziert. Die Verteilung und Form der Verkalkungen können auf ein DCIS hinweisen, jedoch kann DCIS nicht allein durch die Mammographie sicher diagnostiziert werden. Mit einer Hohlnadel werden daher zusätzlich Gewebeproben entnommen, die mikroskopisch untersucht werden.

Behandlungsmöglichkeiten

Bei einer DCIS-Diagnose gibt es verschiedene Behandlungsmöglichkeiten, die nicht deswegen empfohlen werden, weil DCIS lebensbedrohlich wäre, sondern weil sie das Risiko von lokalem Wiederauftreten und / oder der Entstehung von (invasivem) Brustkrebs verringern.

Brusterhaltende Operation (Lumpektomie) Operative Entfernung des betroffenen Areals, d.h. von Geschwulst oder verdächtigem Gewebe und dem Randgewebe. Diese Möglichkeit wird gewählt, wenn 1. DCIS nur an einer Stelle gefunden wird, 2. von Chirurg bzw. Chirurgin alle DCIS-Zellen entfernt werden können und / oder 3. das jeweilige DCIS einen niedrigeren Grad hat / weniger aggressiv ist.

Lumpektomie plus Bestrahlung Diese Therapiemöglichkeit minimiert das Risiko eines Wiederauftretens des DCIS durch die Zerstörung derjenigen Zellen, die durch die Operation nicht entfernt werden konnten. Obwohl Bestrahlung das Risiko reduziert, kommt es bei 8 – 10 % zu einem Wiederauftreten in der behandelten Brust. Hiervon ist die rund die Hälfte invasiver Brustkrebs.

Lumpektomie plus Bestrahlung plus Tamoxifen Studien haben gezeigt, dass die zusätzliche Gabe des Antiöstrogens Tamoxifen das Risiko des Wiederauftretens halbiert. Ferner reduziert Tamoxifen (verglichen mit Frauen, die kein Tamoxifen genommen hatten) das Risiko von DCIS und invasivem Brustkrebs in der anderen Brust. Diese Therapieoption ist allerdings nur dann sinnvoll, wenn das DCIS Östrogenrezeptor-positiv ist. Da die Gefahr des Wiederauftretens sehr unterschiedlich ist, ist der Nutzen für einige Frauen mit niedrigem Risiko möglicherweise nur sehr gering. Dieser kleine Nutzen muss gegen die Risiken der Tamoxifen-Behandlung (Wechseljahrs-ähnliche Beschwerden, Blutgerinnsel, erhöhtes Risiko für Gebärmutterkrebs) abgewogen werden.

Brustamputation (Mastektomie) Bei dieser Operation wird die gesamte Brust inkl. des Nippels entfernt, jedoch nicht die Achsellymphknoten oder Muskelgewebe, das sich unterhalb der Brust befindet. Hierbei ist keine anschließende Bestrahlung erforderlich. Die Mastektomie wird empfohlen, wenn 1. hochgradiges DCIS vorliegt, 2. das DCIS multifokal ist, d.h. an mehreren Stellen in der Brust auftritt, oder 3. bei nach wie vor positivem Befund im Randgewebe nach Lumpektomie.

Mastektomie plus Tamoxifen Es kann bei Östrogenrezeptor positivem DCIS zusätzlich Tamoxifen bzw. eine Strahlentherapie empfohlen werden (s. oben).

Aufmerksames Abwarten / Aktive Überwachung Einige angesehene Brustkrebsspezialisten sind der Meinung, es sei an der Zeit, sich mit dem auseinanderzusetzen, was als „DCIS-Management durch aktive Überwachung“ bekannt ist. Ähnlich wie bei Patienten mit Prostatakrebs mit niedrigem Risiko wird Patientinnen die Möglichkeit angeboten, auf die Behandlung des DCIS zu verzichten. Sie werden dabei von Ihren ÄrztInnen häufig eingehend untersucht, inklusive häufigerer Mammographien, Folgeuntersuchungen usw.

Bedenken hinsichtlich einer Überbehandlung: Leider gibt es keine Tests, um vorherzusagen, ob überhaupt und wenn ja, wann sich das DCIS einer Frau zu invasivem Brustkrebs entwickelt. Aufgrund der Ungewissheit, ob sich nicht doch ein invasiver Tumor bildet, lassen sich die meisten Frauen mit DCIS jedoch mit Lumpektomie und Bestrahlung oder Mastektomie behandeln.

Ungewissheitsbedingte Risiken: Die Entscheidung einer Frau mit DCIS hängt stark davon ab, wie sie mit Risiken umgeht und wie wohl sie sich mit dieser Ungewissheit fühlt. Bevor sie sich eventuell einer Behandlung unterzieht, sollte jede Frau alle verfügbaren Informationen erhalten. Sie sollte darin bestärkt werden, die Entscheidung zu treffen, von der sie glaubt, dass sie für sie die richtige ist.

Zu prüfende Fragestellungen zum Duktalen Carcinoma in Situ (DCIS)

Nachfolgend einige Fragen, die vom behandelnden Arzt / von der behandelnden Ärztin zu beantworten sind und einige Fragen, die eine von DCIS betroffene Frau sich selbst beantworten sollte, da nur sie die Richtung vorgeben kann, die für sie die richtige ist.

Welche Typ / Grad DCIS habe ich? Wie hoch ist mein Risiko, dass sich daraus invasiver Brustkrebs entwickelt? Brustkrebs ist sehr verschieden, er wird vom Zusammenwirken genetischer und umweltbedingter Faktoren beeinflusst. Einige Patientinnen, die nach medizinisch-pathologischer Beurteilung ein DCIS mit anscheinend niedrigem Risiko haben, entwickeln ein lokales Rezidiv oder sogar invasiven Brustkrebs. Aus den meisten niedriggradigen DCIS wird jedoch kein invasiver Brustkrebs.

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es für meine Art DCIS? Was sind die behandlungsbedingten Risiken? Jede Behandlung beinhaltet ein Risiko, ebenso wie die Verzögerung der Behandlung oder keine Behandlung. Sie haben das Recht, vollständige Informationen zu den verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten zu erhalten (einschließlich Informationen zu Risiken, Wirksamkeit, Alternativen usw.), bevor Sie eine Entscheidung fällen. Diese Aufklärung beinhaltet auch kurz- und langfristige Auswirkungen von Operation, Bestrahlung, Tamoxifen-Behandlung und aufmerksamem Abwarten.

Wie hoch ist meine Risikobereitschaft (Risikotoleranz) und wie gut bin ich darin, mit Unsicherheit und Ungewissheit zu leben? Kann ich die möglichen Nebenwirkungen der Behandlung ertragen? Leider gibt es noch keinen Test, der voraussagt, ob sich ein bestimmtes DCIS tatsächlich zu einem invasiven Brustkrebs entwickelt oder nicht, wenn man sich keiner Behandlung unterzieht. Bei all diesen Ungewissheiten ist es schwierig, die „richtige“ Entscheidung zu treffen: progressive oder konservative Behandlung oder aufmerksam abwarten, wie sich das DCIS entwickelt? Die Entscheidung wird davon abhängen, wie Sie mit Ungewissheit leben können, wie Sie sich bei Risiken fühlen und in welchem körperlichen Zustand Sie sind.

Wenn ich mich für die Operation entscheide, ist mir klar, was mein Arzt / meine Ärztin tut oder nicht tut, während ich in Narkose bin? Sie sollten vor der Operation all Ihre Möglichkeiten und Prioritäten mit der Chirurgin / dem Chirurgen besprechen. Sie könnten z.B. für den Fall, dass während der Operation festgestellt wird, dass das DCIS ein hohes Grading hat und / oder weit ausgedehnt ist, bereits vorher Ihre Zustimmung geben, dass während der Lumpektomie oder Mastektomie eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie gemacht wird. Dieses würde Ihnen eine weitere Operation ersparen. Wenn Sie dieses nicht wünschen, ist es wichtig, dass Ihre Chirurgin / Ihr Chirurg auch dieses vorher weiß.

Zusammenfassung

Es gibt Wahlmöglichkeiten bei der Behandlung eines DCIS, die von vielen Faktoren abhängen, u.a. von der eigenen Risikobereitschaft. Wie immer eine Frau sich entscheidet, wenn sie die Diagnose DCIS erhält, sie sollte ihre Entscheidung für oder gegen eine Behandlung nicht übereilen. Gewöhnlich ist das DCIS schon eine ganze Weile vorhanden, bevor es diagnostiziert wird. Normalerweise können Frauen sich für ihre Entscheidung, welche Behandlungsmöglichkeit für sie die richtige ist, ein paar Wochen Zeit lassen, ohne das Ergebnis negativ zu beeinflussen.

Für betroffene Frauen ist es am Wichtigsten, die eigene Diagnose und Situation zu verstehen und die Behandlungsmöglichkeiten mit einer auf Brustmedizin (Senologie) spezialisierten Ärztin / Arzt zu besprechen, über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten nachzudenken und anschließend zu entscheiden, welche der vorhandenen Möglichkeiten individuell am geeignetsten ist.

Keine der vorhandenen Entscheidungen ist leicht zu treffen. Alle Entscheidungen können in ihren Folgen ein unumkehrbares Ergebnis bewirken.

Breast Cancer Action-Fact Sheet

Ductal Carcinoma in Situ (pdf, Breast Cancer Action, Februar 2013)